

# HIPERCALCEMIA EN MUJER DE 82 AÑOS. ¿HASTA DONDE LLEGAMOS?

VINUESA ACOSTA, F.J. ORTIZ ROJAS, L.A. LÓPEZ CANTÓN, C.

## Introducción:

La hipercalcemia aislada suele presentarse entre un 1 – 3 % de las mujeres mayores. Suele ser asintomática. Y en muchos casos solo requieren vigilancia y ningún tratamiento. ¿Es conveniente plantear estudio exhaustivo con pruebas diagnósticas?

## Descripción sucinta del caso:

Mujer de 82 años que consulta por astenia y se detecta una hipercalcemia de 10.8 mg/dl, se comprobó con nueva analítica y se calculó el calcio corregido (11.42 mg/dl). Se estimaron posibles causas secundarias. Al ser unas cifras leves y estar asintomática nos planteamos estudio en consulta. No presentaba antecedentes de neoplasia con o sin metástasis conocidas, tirotoxicosis (Tirotropina normal), inmovilización, sarcoidosis ni otras enfermedades granulomatosas o exceso de vitamina D. Se determina Parathormona (124.8 pg/ml) elevada (12 – 88 pg/ml). Con diagnóstico de hiperparatiroidismo se deriva endocrinología para estudio.(1) Se confirma analíticamente con resto de bioquímica y hemograma normal. A la paciente se le realiza Gammagrafía de Paratiroides(sin focos de captación), Densitometría ósea (osteoporosis en cuello fémur), Ecografía (no se aprecian adenopatías ni nódulos paratiroides)

## Estrategia práctica de actuación

La paciente es dada de alta con los siguientes diagnósticos: Hiperparatiroidismo primario asintomático. Bocio Multinodular. Osteoporosis.

La mayoría de las hipercalcemias asintomáticas corresponden a Hiperparatiroidismos Primarios asintomáticos. La segunda causa son las neoplasias(2) y en la mayoría de casos aparece cuando la neoplasia causante ya esta avanzada.(3) Suelen ser hipercalcemias mas elevadas, con cifras de parathormona normales. Por tanto en esta paciente se buscó confirmar el diagnóstico y valorar la posibilidad de tratamiento indicado según cuartas recomendaciones de grupo de expertos (4) que ella cumplía. Se exponen en póster.

## Palabras claves empleadas en la búsqueda:

Hipercalcemia. Hiperparatiroidismo. Neoplasia

## Bibliografía

- (1) Espinàs J. Guía de ayuda al diagnóstico en Atención Primaria. 2ª Ed. Barcelona: SEMFYC; 2009.
- (2) Bushinsky DA, Monk RD. Calcium. Lancet 1998;352:306-11.
- (3) Conroy S, Moulias S, Wassif WS. Primary hyperparathyroidism in the older person. Age and ageing 2003;32:571-8.
- (4) Bilezikian JP1, Brandi ML, Eastell R.Guidelines for the management of asymptomatic primary hyperparathyroidism: summary statement from the four international workshop.J Clin Endocrinol Metab. 2014 Oct;99(10):3561-9

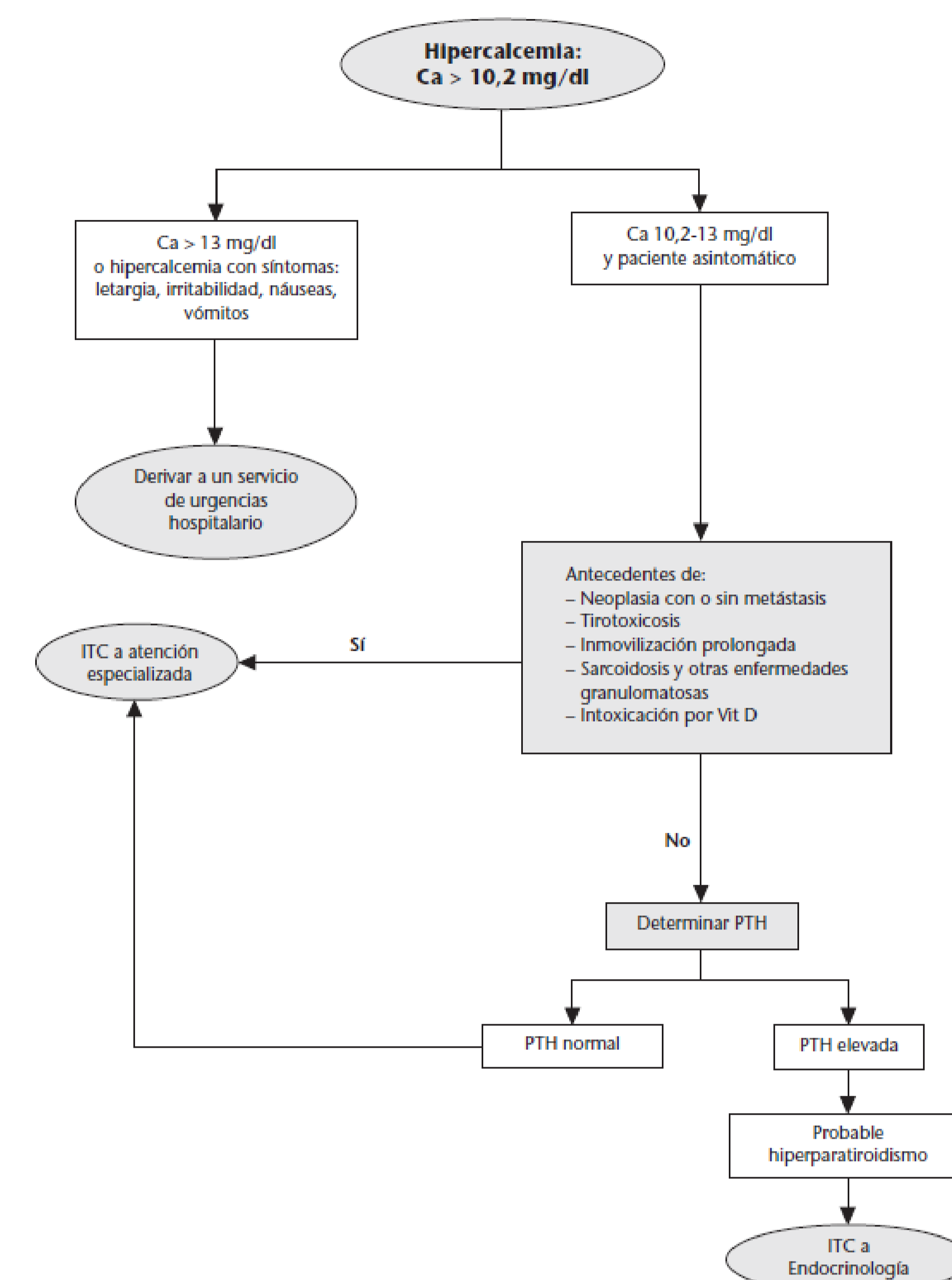
**Table 4.** Indications for Parathyroid Surgery During Monitoring

Measurement	2013
Serum calcium (>upper limit of normal)	>1 mg/dL (>0.25 mmol/L)
Skeletal	A. T-score <-2.5 at lumbar spine, total hip, femoral neck, or distal 1/3 radius; or a significant reduction in BMD* B. Vertebral fracture by x-ray, CT, MRI, or VFA
Renal	A. CrCl < 60 cc/min B. Clinical development of a kidney stone or by imaging (x-ray, ultrasound, or CT)

Abbreviations: MRI, magnetic resonance imaging; CrCl, creatinine clearance.

\* A significant change is defined by a reduction that is greater than the least significant change as defined by the International Society for Clinical Densitometry (11).

## 20.20. Alteraciones del calcio: hipercalcemia



**Table 3.** Recommendations for the Evaluation of Patients With Asymptomatic PHPT

### Recommended

- Biochemistry panel (calcium, phosphate, alkaline phosphatase activity, BUN, creatinine), 25(OH)D
- PTH by second- or third-generation immunoassay
- BMD by DXA
- Lumbar spine, hip, and distal 1/3 radius
- Vertebral spine assessment
- X-ray or VFA by DXA
- 24-h urine for:
  - Calcium, creatinine, creatinine clearance
  - Stone risk profile
- Abdominal imaging by x-ray, ultrasound, or CT scan

### Optional

- HRpQCT
- TBS by DXA
- Bone turnover markers (bone-specific alkaline phosphatase activity, osteocalcin, P1NP [select one]; serum CTX, urinary NTX [select one])
- Fractional excretion of calcium on timed urine sample
- DNA testing if genetic basis for PHPT is suspected

Abbreviations: BUN, blood urea nitrogen; P1NP, procollagen type 1 N-propeptide; CTX, C-telopeptide cross-linked collagen type I; NTX, N-telopeptide of type I collagen. This evaluation is for PHPT, not to distinguish between PHPT and other causes of hypercalcemia.

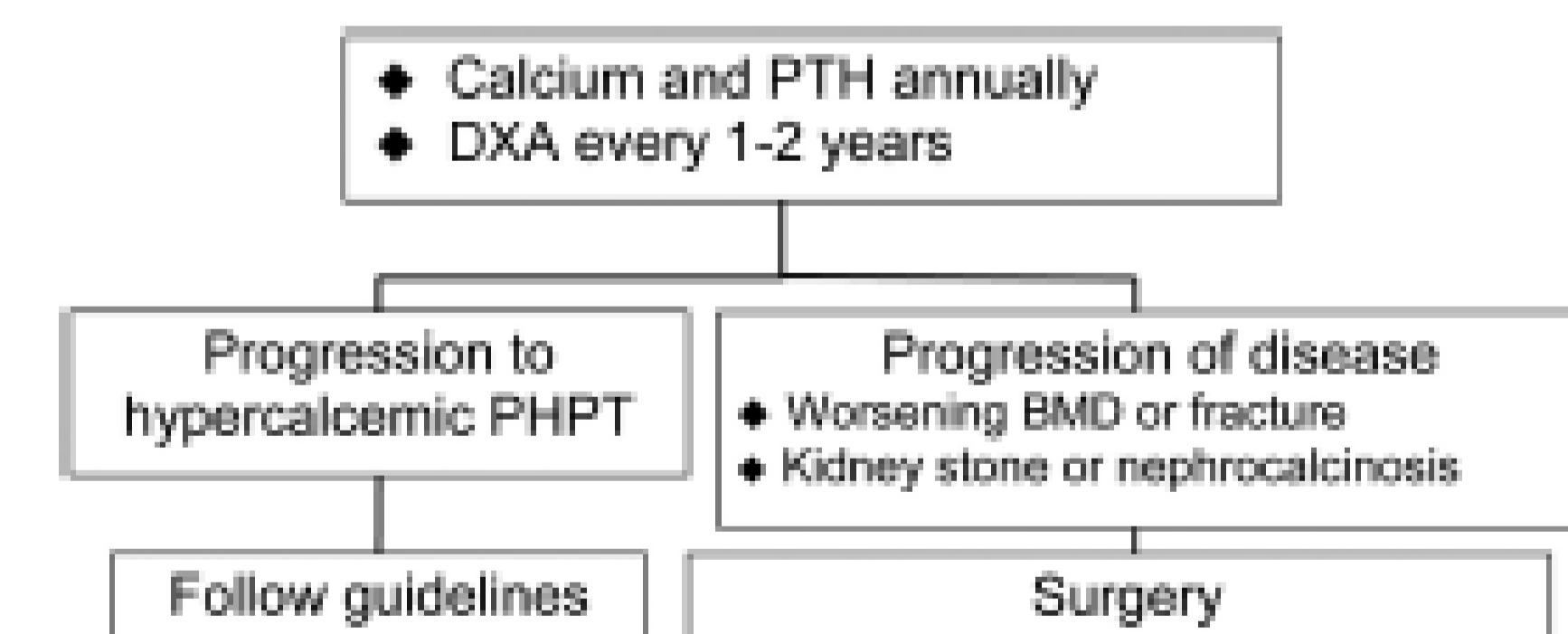
**Tabla 3.** Causas más frecuentes de hipercalcemia en el anciano

- Hipercalcemia relacionada con la glándula paratiroides:
  - a) HPT 1.º.
  - b) HPT 3.º.
  - c) Otros: Litio.
- Hipercalcemia de procesos malignos.
- Hipercalcemia relacionada con vitamina D:
  - a) Intoxicación por vitamina D.
  - b) Enfermedades granulomatosas.
- Hipercalcemia por recambio óseo elevado:
  - a) Inmovilidad.
  - b) Hipertiroidismo.
- Hipercalcemia por fármacos:
  - a) Litio.
  - b) Vitamina A.
  - c) Tiazidas.
- Hipercalcemia en insuficiencia renal:
  - a) HPT 3.º.
  - b) Rabdomiolisis.

**Tabla 4.** Clasificación etiológica de hipercalcemia respecto a los valores de PTH

Hipercalcemia con PTH alta o inapropiadamente normal:

- HPT 1.º.
- HPT 3.º.
- Fármacos: litio.
- Tumores productores de PTH ectópica.



**Figure 1.** Algorithm for monitoring patients with normocalcemic PHPT.

